FAQ sur l'organisation de la cohorte en établissement résidentiel

Foire aux questions faisant suite au webinaire de Médecins Sans Frontières du 5 mai 2020, sur l'organisation de la cohorte et l'impact potentiel de l'isolement sur la santé mentale des résidents (MR, MRS, résidences pour personnes adultes en situation de handicap) dans le cadre de la pandémie de Covid-19 en Belgique. Cette FAQ reprend uniquement les questions liées à l'organisation de la cohorte. Les réponses sont basées sur les informations disponibles au moment de la rédaction du document.

Questions concernant la contagiosité et les tests

1) A partir de quand est-on contagieux?

Selon la Fact Sheet COVID-19 disease (SARS-CoV-2 virus) de Sciensano (version du 15 mai 2020):

Il reste de nombreuses inconnues concernant le début de la période de contagion. Voici les éléments qu'on connait :

- Plusieurs études ont montré que la charge virale (c'est-à-dire la quantité de virus présent) dans les voies respiratoires supérieures est la plus élevée un jour avant et les jours suivant immédiatement l'apparition des symptômes
- Il y a de plus en plus de preuves d'une transmission à partir de patients a/pré-symptomatiques mais l'importance de cette contagion à partir de personnes n'ayant pas (encore) de symptômes est encore débattue
- Etant donné que la toux et les éternuements augmentent la quantité de gouttelettes expulsées, les personnes symptomatiques sont plus contagieuses que les personnes asymptomatiques

Source : https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_fact_sheet_ENG.pdf , consulté le 17 mai 2020.

2) A quoi cela sert-il de faire un test de dépistage des résidents et du personnel ?

La réalisation de tests de dépistage par frottis naso-pharyngé ou oro-pharyngé (analyse PCR) a pour but d'avoir une vision sur le statut covid (négatif, suspect, confirmé) des résidents et des membres du personnel.

Sur base des résultats de ces tests, il peut être décidé d'organiser une cohorte virtuelle ou une cohorte réelle et de mettre en place des mesures de précaution spécifiques. Des exemples concrets d'organisation de cohorte selon les résultats des tests peuvent être trouvés dans la dernière section.

3) Faut-il répéter les tests de dépistage ?

Le dépistage peut être considéré comme une photo de la situation dans l'établissement le jour où les tests sont réalisés.

Or, un membre du personnel/résident peut être en période d'incubation au moment du prélèvement et donner un résultat de test négatif alors qu'il est déjà infecté : il s'agit alors d'un « faux négatif ». En plus du moment du prélèvement dans le décours de la maladie, d'autres facteurs peuvent influencer la sensibilité du test (= sa capacité à détecter les personnes atteintes de covid) : il s'agit notamment du type d'échantillon, de la technique de prélèvement et de la qualité du kit de test.

Il peut donc être utile de procéder à de nouveaux tests après 7 à 14 jours (en moyenne, la période d'incubation est de 4 à 6 jours mais elle peut aller jusqu'à 14 jours), surtout lorsqu'il y a des cas positifs identifiés dans l'établissement car cela signifie qu'il y a possiblement (eu) une transmission du virus.

S'il n'est pas possible de tester à nouveau, le plus sûr est de considérer tous les membres du personnel comme étant potentiellement infectés: port du masque chirurgical constant et réalisation d'une hygiène des mains rigoureuse et régulière.

Dans tous les cas, un test devrait être réalisé chez toutes les personnes (résidents et personnel) déclarant des symptômes suggestifs de covid.

4) Est-il nécessaire de re-tester régulièrement les résidents dans la situation où il n'y a pas de cas de covid dans la résidence ?

Le dépistage régulier des résidents n'est pas la priorité dans le cas où il n'y a pas de cas de covid dans l'institution.

En revanche, il est indispensable de s'assurer d'avoir mis en place des mesures adéquates pour éviter qu'il y ait une contamination des résidents via l'extérieur :

- En continuant de recommander le **port du masque** et l'**hygiène des mains** régulière pour tout le personnel, pour les visiteurs et si possible, pour les résidents lorsqu'ils sont en présence d'autres personnes
- En élaborant un **planning rigoureux de nettoyage et de désinfection**
- En **limitant les activités communes** et **respectant des règles** pour leur réalisation :

Pièce aérée avant et après ou espace extérieur

Distance de 1,5m

5 personnes max par 20 m^2

Favoriser le port du masque chirurgical ou en tissu[1]

Inviter les résidents à se laver ou désinfecter les mains régulièrement et avant et après les activités communes

- En **contrôlant les entrées**

Toute personne doit réaliser les actions suivantes en entrant dans la MR/MRS :

Procéder à une **hygiène des mains**

S'inscrire sur un **registre** d'entrée

Prendre la **température** avec un thermomètre dédié et désinfecté systématiquement après utilisation. Les personnes présentant de la fièvre et/ou de la toux ne sont pas autorisées à entrer dans la MR/MRS

- En **écartant immédiatement le personnel testé positif pour le covid**
  Si impossible du point de vue de la gestion des ressources humaines : écarter en priorité le personnel symptomatique et veiller à une application stricte des mesures de protection pour le personnel covid positif asymptomatique qui continuerait à travailler
- En mettant en place un **système de détection rapide des symptômes suggestifs de covid parmi les membres du personnel** : écarter dès l'apparition de symptômes

[1] Le masque en tissu est suffisant mais nécessite un changement et un lavage réguliers

suggestifs de covid, même légers (ne pas attendre les résultats du test avant l'écartement)

- En mettant en place un **système de détection rapide des symptômes covid parmi les résidents** afin de pouvoir les isoler rapidement => Organiser déjà les possibilités au sein de l'institution d'isoler des résidents en chambre individuelle ainsi que la possibilité de les tester.
- En prenant des **précautions pour les visites** s'il y en a

Distance de 1,5m, séparation physique souhaitable par une grande table, une fenêtre, un plexiglas, marquage défini, etc.

Maximum 2 visiteurs par résident

Port obligatoire du masque pour les visiteurs et recommandé pour les résidents

Pièce aérée avant et après ou espace extérieur

Mettre en place un planning et un système d'inscription pour réguler le flux des visites

Contrôle de la **température** et déclaration sur l'honneur d'absence de symptômes dans les 14 jours précédents

Eviter les activités qui nécessitent le retrait du masque (par ex. boire un café)
Eviter l'utilisation des sanitaires de la MR.S par des visiteurs externes

Dédier une salle de visite proche de l'entrée et facile à aérer ou en extérieur afin d'éviter le mouvement des visiteurs dans la structure.

30 min par visite une fois installés

Procéder à une **hygiène des mains** à l'entrée et à la sortie des visiteurs

Nettoyage et/ou désinfection de la zone de visite entre chaque visite

Importance d'informer de façon claire et compréhensible les visiteurs sur les mesures à respecter. Dans le respect des mesures de précaution, tenter de respecter l'intimité des résidents et des familles lors des visites.

5) Jusqu'à quand reste-t-on contagieux ?

Selon la Fact Sheet COVID-19 disease (SARS-CoV-2 virus) de Sciensano (version du 15 mai 2020):

La durée de la contagion n'est pas encore connue avec certitude, elle varie probablement d'une personne à une autre. Certaines études montrent que la charge virale (c'est-à-dire la quantité de virus présent) chute fortement après la première semaine suivant l'apparition des symptômes, bien que des portages prolongés aient également été décrits (jusqu'à 37 jours). La contribution exacte de ces portages prolongés dans la transmission du virus n'est pas tout à fait connue : le virus est-il encore vraiment actif après aussi longtemps? Y a-t-il encore suffisamment de virus pour provoquer une infection ou non ? Selon les premières études sur la question, il semble que le portage prolongé de virus (et donc un test qui reste positif) ne soit pas forcément synonyme de contagiosité. En effet, selon ces études les virus isolés plus de huit jours après l'apparition des symptômes n'étaient plus capables d'infecter une autre personne.

Source : https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_fact_sheet_ENG.pdf , consulté le 17 mai 2020.

6) Est-il nécessaire d'avoir un test négatif (frottis nasopharyngé, analyse par PCR) avant de pouvoir permettre à un résident précédemment testé positif de sortir de l'isolement/de la cohorte?

Il n'est pas nécessaire de réaliser un nouveau frottis pour décider de la sortie d'un résident précédemment testé positif pour la covid de la cohorte ou de l'isolement.

Chez certaines personnes le frottis reste positif pendant une longue période, sans que cela signifie forcément que le virus soit encore capable d'infecter une autre personne (voir ci-dessus).

Dans ce cadre, vu l'incertitude liée à la durée de la contagiosité et la vulnérabilité des résidents de maisons de repos, MSF conseille un isolement de quatorze jours après la fin des symptômes.

En ce qui concerne la durée de la cohorte, nous pouvons évoquer deux possibilités :

- Une cohorte à long terme: maintien des cohortes tant que dure l'épidémie. Ce choix est basé sur l'hypothèse qu'il existerait une immunité individuelle temporaire (d'au moins quelques mois) après avoir eu la COVID-19. Cette hypothèse est probable (c'est le cas pour le SARS-CoV-1, un virus apparenté au SARS-CoV-2), mais elle n'a pas encore été prouvée.
- Une cohorte à court terme: les résidents peuvent quitter la cohorte « positive » et retourner dans la cohorte « négative » après 14 jours sans symptômes.

Questions sur les mesures de prévention et contrôle des infections

7) Je travaille dans une institution pour personnes handicapées modéré à sévère et la plupart d'entre eux refuse de mettre son masque. De plus garder la distance d'un mètre est impossible. Que faire ?

Faire respecter ces mesures est en effet très difficile dans certaines institutions.

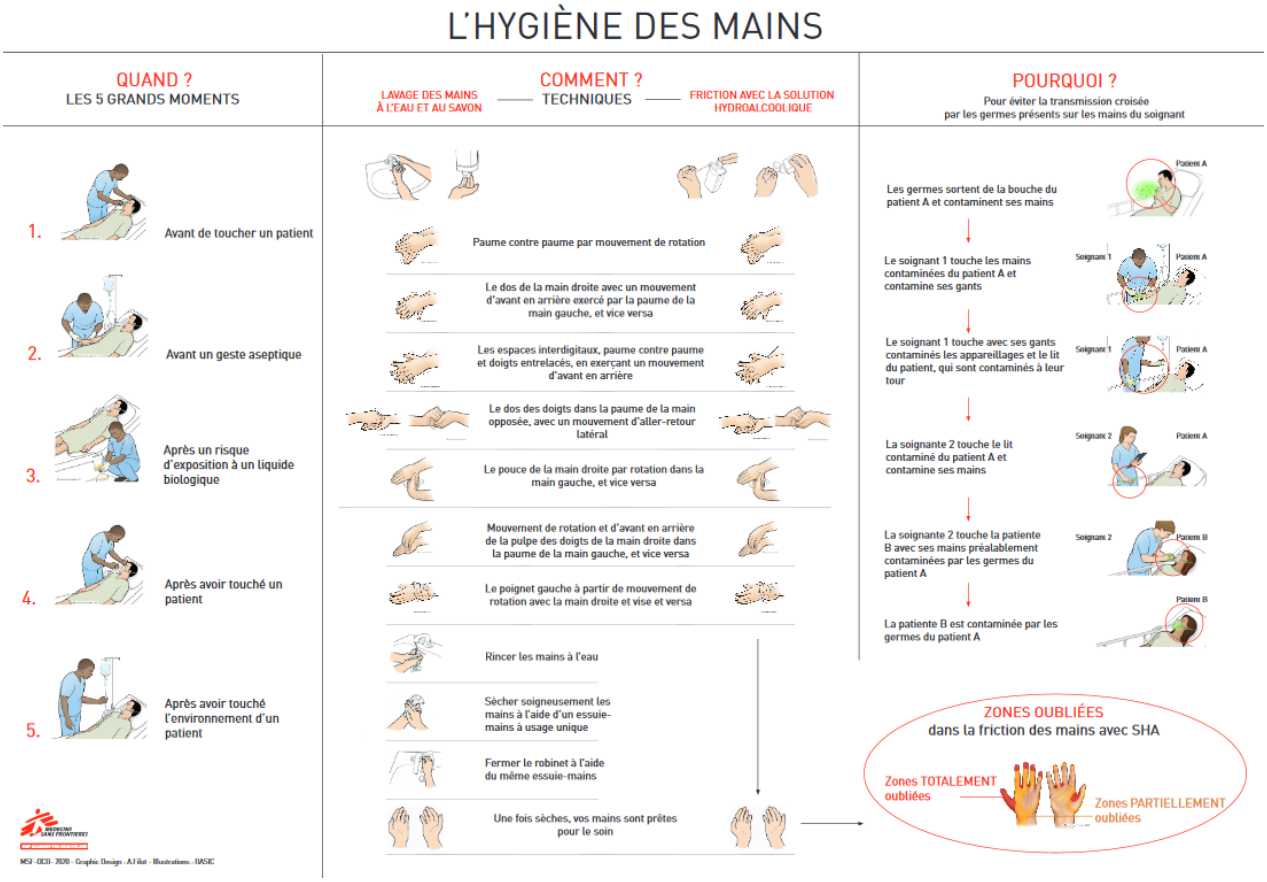
Voici quelques mesures qui pourront permettre d'atténuer le risque de transmission :

- S'assurer que les règles de port du masque et de distanciation sociale (au moins entre non-résidents) soient scrupuleusement respectées par les membres de personnel et toute autre personne entrant dans l'institution (limiter les contacts avec l'extérieur si possible)
- S'assurer que le personnel réalise une hygiène des mains rigoureuse et régulière
- Assurer un contrôle à l'entrée et mettre en place des précautions générales pour la réalisation d'activités particulières (voir réponse à la question 4)
- Renforcer le planning de nettoyage et de désinfection des zones communes et points de contact fréquemment touchés (tables, interrupteurs, poignées de porte…)
- Détecter rapidement les personnes malades et les isoler immédiatement si possible
- Continuer à encourager les résidents à respecter ces règles additionnelles (port du masque, distanciation sociale) et s'armer de patience

8) Pourquoi les gants qui ne sont pas visiblement souillés doivent-ils être changés entre résidents dans une cohorte positive au Covid-19 ?

Outre le Covid-19, il existe d'autres micro-organismes qui peuvent provoquer des (co)infections. L'hygiène des mains est la précaution standard la plus importante, elle l'est toujours et pour tout le monde (que ce soit pour les personnes isolées ou non). Certains résidents ont également des cas de gastro-entérite, par exemple. Si les gants ne sont pas changés, une deuxième épidémie peut se produire avec un autre micro-organisme (norovirus, rotavirus...). La saleté visible est une chose, mais le grand danger vient des micro-organismes invisibles à l'œil nu.

L'hygiène des mains devrait toujours être réalisée de manière rigoureuse :



Questions sur l'organisation de la cohorte

9) Un membre du personnel testé positif pour la Covid-19 peut-il travailler dans un service non-Covid ?

De préférence, non. En effet, il convient d'être particulièrement prudent dans les zones non-covid: les résidents qui ne sont pas infectés doivent bénéficier de la plus haute protection pour éviter d'être contaminés. C'est pourquoi le personnel travaillant dans les zones non-covid devrait de préférence avoir été testé négatif.

Choix du personnel en fonction des zones :

	Travail en zone « confirmé covid »	Travail en zone « suspect covid »	Travail en zone « non-covid»
Personnel	1/ Guéri du Covid 2/ PCR + et a/pauci symptomatique 3/ PCR -	1/ PCR – 2/ Guéri du Covid **Après 14 jours sans symptômes**	1/ PCR – et asymptomatique

S'il n'est pas possible d'allouer uniquement du personnel « négatif » à la zone non-covid, un membre du personnel testé positif peut travailler dans une zone "non-covid" mais uniquement à partir de 14 jours après la fin des symptômes (après cette période, il est raisonnable de penser qu'il n'est plus contagieux), avec un masque chirurgical et en respectant une hygiène des mains rigoureuse.

10) Dans la pratique ce n'est pas toujours faisable d'allouer du personnel spécifique par cohorte. Par exemple, lorsqu'il y a une seule infirmière la nuit ou le soir pour toute l'institution.

En effet, implémenter les recommandations en pratique est toujours un défi car on ne peut pas anticiper tous les scénarios possibles découlant du résultat du dépistage et réallouer les membres du personnel à 100% dans les zones spécifiques. L'important est d'analyser toutes les options possibles et de choisir celle qui est la plus faisable (voir tableau question 9).

Dans le cas où il n'y a qu'une infirmière de nuit pour toute l'institution, respecter la séquence de soins suivante :

- Prise en charge des résidents non-Covid d'abord suivie par les résidents suspects puis confirmés
- Limiter les allées et venues non-nécessaires en chambre (surtout si les résidents sont autonomes), sans toutefois compromettre la qualité du suivi des résidents malades (prise de paramètres, notamment saturation)
- A la fin d'une séquence de soins, si possible changer d'uniforme avant de redémarrer une nouvelle séquence de soins (pour éviter d'aller dans la zone « non-covid » avec le même uniforme alors qu'on sort de la zone « covid confirmé »)
- Privilégier les membres du personnel « négatifs » pour le service de nuit (vu qu'ils vont prendre en charge tous les résidents)
- S'assurer que le personnel de nuit soit bien formé sur l'utilisation des EPI et change les EPI quand c'est nécessaire entre les résidents

11) Que faire lorsqu'un résident resté en famille pendant plusieurs semaines réintègre l'institution ?

- Si le résident est asymptomatique et n'a pas eu de frottis : isolement préventif de 14 jours – si des cohortes sont organisées, le résident sera dans la cohorte « suspects »
- Si le résident a eu un frotti négatif récent et est asymptomatique, il peut rejoindre le centre sans être placé en isolement – si des cohortes sont organisées, le résident sera dans la cohorte « négatifs »
- Si le résident est symptomatique, il devra être isolé jusqu'à 14 jours après la fin des symptômes – si des cohortes sont organisées, le résident sera :
  - Dans la cohorte « positifs » s'il a un test PCR positif (si une cohorte long terme est envisagée, le résident pourra rester dans la cohorte « positifs »)
  - Dans la cohorte « suspects » avant d'avoir été testé ou en cas de test PCR négatif

12) En cas de cohortage virtuel, vous avez parlé d'un confinement total… cela signifie-t-il qu'il faudrait confiner tout résident (suspect ou pas, positif ou pas) en chambre ?

Dans le cas des cohortes virtuelles l'isolement est envisagé pour les patients <u>suspects</u> et <u>confirmés</u> afin de limiter leur contact avec les autres résidents et le risque de propager le virus.

Il est également important de limiter le contact entre les membres du personnel en contact avec les résidents positifs et les résidents négatifs asymptomatiques.

Les résidents « négatifs » (avec un test PCR négatif et asymptomatiques) ne doivent pas être gardés en isolement dans leur chambre.

13) Doit-on considérer comme « suspect » un résident qui chauffe ?

Oui, un résident qui a de la fièvre doit être considéré comme « suspect », surtout s'il y a déjà des personnes (résidents ou membres de personnel) atteintes de covid dans l'institution et/ou que les

règles de distanciation sociale, confinement et port du masque ne sont pas toujours respectées. Le résident doit donc être placé en isolement jusqu'à 14 jours après la fin des symptômes.

Attention toutefois à ne pas oublier d'envisager d'autres diagnostics possibles.

14) Que faire avec des résidents qui sont symptomatiques mais qui sont testés négatifs?

Ces résidents entrent dans la catégorie des suspects et sont placés en isolement jusqu'à 14 jours après la disparition des symptômes.

	Confirmé	Suspect	Négatif
Résidents dépistés (au sein de la structure)	**PCR +**	**PCR –** ET Résidents présentant des symptômes Covid **Isolement jusqu'à 14 jours après la fin des symptômes** OU Asymptomatique mais contact étroit avec un résident positif **Isolement pendant 14 jours**	**PCR –** ET Asymptomatiques ET Pas de contact étroit avec un patient COVID

15) Un résident testé covid + qui sort de son isolement peut-il rester dans l'aile de cohortage « covid confirmés » pour optimiser les entrées de nouveaux résidents ?

Oui c'est ce qu'on appelle une cohorte long terme. Le fait de garder les résidents ayant eu le covid dans la zone « covid confirmés » permet d'envisager une reprise progressive des activités sociales entre les résidents confirmés. L'hypothèse sous-jacente est l'acquisition d'une immunité, au moins de quelques mois : il n'y a pour l'instant pas assez de données sur l'immunité liée au SARS-CoV-2 (le virus causant la covid) pour tirer des conclusions mais l'immunité pour le SARS-CoV-1 (un virus de la même famille) est d'un à deux ans.

16) Un résident covid positif n'ayant plus de symptômes depuis 14 jours peut-il être sorti de la cohorte ?

Un résident ayant été diagnostiqué comme covid positif et n'ayant plus de symptômes depuis 14 jours peut être sorti de la cohorte si le choix est fait d'opter pour une cohorte à court terme. Il est également possible de le maintenir dans la cohorte, si le choix est fait d'opter pour une cohorte à long terme.

17) Quand lever un isolement ?

- Pour les résidents « suspects » :
  - Résidents avec une PCR négative mais présentant des symptômes de covid: l'isolement peut être levé 14 jours après la fin des symptômes
  - Résidents avec une PCR négative et asymptomatiques mais ayant été en contact étroit avec une personne positive: l'isolement peut être levé après 14 jours suivant l'arrêt des contacts
- Pour les résidents « confirmés » isolés dans le cadre d'une cohorte virtuelle : l'isolement peut être levé 14 jours après la fin des symptômes
- Dans le cas d'une cohorte réelle pour les résidents confirmés, voir réponse question 16

18) Est-ce qu'un résident avec une suspicion de covid peut être mis dans la zone de cohortage « covid confirmés » (= « zone rouge ») ?

Les patients avec une suspicion ne devraient pas être placés en cohorte avec les patients avec une infection covid confirmée. En effet, si un résident suspect est placé dans une « zone covid confirmés », il y a un risque qu'il soit contaminé s'il s'avère qu'il était en réalité "négatif". Il vaut donc mieux qu'il soit dans une zone « suspects covid » donc isolé dans une chambre, si possible individuelle.

19) Vous m'avez indiqué qu'un résident avec une suspicion n'est pas à mettre en « zone rouge » (= « covid confirmés ») : même réponse si on change de surtablier et de gants entre chaque résident comme c'est le cas dans une cohorte ?

Le principe de la cohorte est de séparer les résidents selon leur statut.

Dans le cas d'une cohorte **réelle** pour <u>résidents confirmés</u> (en rouge ci-dessous) on va s'équiper d'EPIs qu'on ne va pas systématiquement changer entre chaque chambre (attention, les gants doivent toujours être changés entre les résidents) et comme on va circuler en dehors des chambres avec des EPIs contaminés on considère toute la zone contaminée. Pour entrer dans cette zone contaminée il faudra s'équiper des EPIs.

Dans le cas d'une cohorte **réelle** pour <u>résidents suspects</u> même si les chambres sont regroupées, les règles sont différentes car certains résidents sont toujours potentiellement négatifs et il faut éviter de les contaminer. Ils sont donc isolés en chambre individuelle, les membres du personnel doivent équiper des EPI avant d'entrer dans les chambres et changer d'EPI entre chaque chambre (en se déshabillant en chambre).

Si les résidents suspects étaient placés en zone rouge (contaminée également à l'extérieur) il y aurait un risque qu'ils soient contaminés de par cette mixité avec la zone rouge (même personnel, contact avec les autres résidents, contact avec l'environnement extérieur contaminé). Cela est donc déconseillé.

Exemples de cohortes réelles :

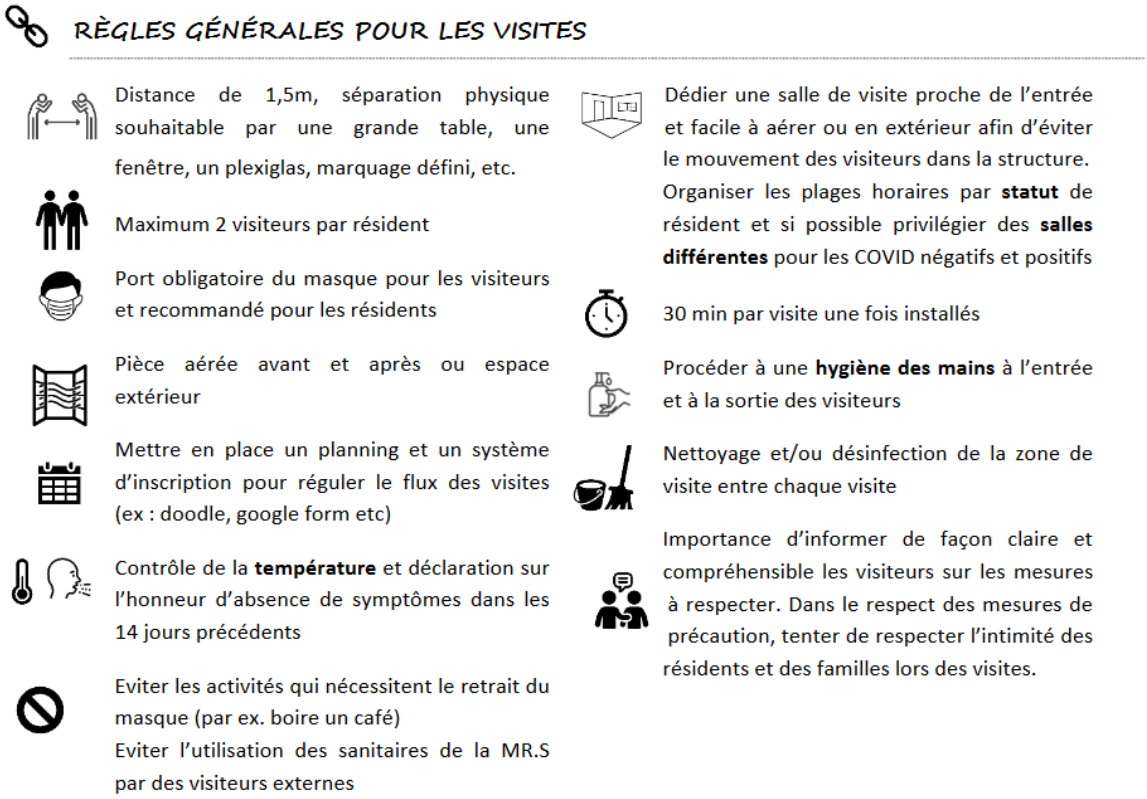
Dans le cas d'une cohorte **virtuelle** toutes les zones extérieures doivent être considérées comme non contaminées. Il peut arriver qu'une chambre d'un suspect soit adjacente à une chambre d'un confirmé mais il faudra s'assurer qu'il n'y ait pas de contacts entre ces 2 résidents, d'avoir du personnel différent pour ces 2 chambres et de tout mettre en œuvre au niveau nettoyage et désinfection pour que la zone extérieure à la chambre reste toujours propre.

Exemples de cohortes virtuelles :

Reprise des activités et contacts avec l'extérieur

20) Que pensez-vous de la reprise des visites ? Comment les organiser au mieux ?

La reprise des visites est à encourager mais elle représente aussi un risque supplémentaire (vu que des personnes viennent de l'extérieur) ; il est donc nécessaire de respecter certaines règles :



COVID NEGATIF	SUSPECT	COVID POSITIF
Cfr règles générales Patient grabataire ou ne pouvant pas se déplacer en chaise : visite en chambre une seule personne à la fois	Pas de visites si présence de symptômes sauf si visite de fin de vie, cfr règles COVID positif Lors de la levée de la quarantaine, cfr règles générales	Absence de symptômes : il est déconseillé d'organiser des visites durant la durée de la quarantaine. Si celles-ci ne peuvent être évitées, elles devront prendre place dans un espace où une séparation physique claire (type plexiglas) peut être assurée, sans quoi un EPI complet sera fourni au visiteur Présence de symptômes : pas de visite. Une fois les symptômes disparus adressez-vous au médecin traitant ou coordinateur quant à la levée de la quarantaine et la reprise des visites En cas d'absence de médecins traitant et/ou coordinateur, les visites sont autorisées 2 semaines après la disparition des symptômes Si patient en fin de vie, les précautions standards et additionnelles (port de l'EPI complet) doivent être appliquées par la famille, 2 membres à la fois

21) A partir de combien de temps pourrions-nous reprendre une activité sociale (dîner), entre résidents testés « positifs » dont les symptômes ont disparu ?

Si une cohorte réelle pour les résidents positifs est bien mise en place et que les résidents positifs n'ont plus de symptômes, ils peuvent commencer à reprendre une activité sociale (tant qu'ils restent entre résidents positifs et que personne n'a de symptômes).

REPAS EN COMMUN

Inviter les résidents à se laver les mains avant de les guider à la table et après les repas

Nettoyer et désinfecter les tables, chaises et chariots après chaque repas

Possibilité d'organiser plusieurs rotations (ex : 11h-12h-13h, chambres 1 à 5 lundi ; chambres 6 à 10 mardi, …) pour respecter les règles sanitaires (distance, pas de face-à-face, pas de partage de nourriture)

COVID NEGATIF	SUSPECT	COVID POSITIF
Repas en commun autorisé Penser à installer le matériel nécessaire au préalable (tables et chaises déjà espacées) afin de favoriser la compréhension et le respect des mesures.	Repas en commun non recommandé Parmi les personnes suspectes il peut y avoir des personnes positives et négatives, par conséquent, il est recommandé de continuer les repas en chambre	*En cas de cohorte :* repas en commun autorisé (idéalement dans l'espace COVID) Le personnel doit se vêtir de l'équipement de protection individuelle complet d'usage dans la cohorte *Si pas de cohorte* : privilégier les repas en chambre

Si la cohorte est virtuelle (résidents isolés dans leur chambre) :

- ⇨ Privilégier les repas en chambre
- ⇨ Si toutefois souhait de réaliser des repas en commun : dédier un espace commun que ces résidents positifs pourraient utiliser (pour les repas ou d'autres activités) selon un planning strict. Eviter le contact avec les résidents négatifs et nettoyer et désinfecter rigoureusement les zones de passage entre les chambres de ces résidents positifs et l'espace commun (surtout les endroits fréquemment touchés comme des barres murales, interrupteurs, poignées de porte…)

La reprise des activités sociales chez les résidents négatifs peut être envisagée également, moyennant de continuer le respect des règles de distanciation sociale, port du masque, hygiène des mains des résidents et la présence d'un membre du personnel pour s'assurer du respect de ces mesures. Eviter de partager des espaces communs fréquentés par les résidents covid positifs.

22) Dans le cadre des visites, est-il souhaitable de substituer un masque chirurgical porté par le visiteur par un masque en tissu distribué et entretenu par l'établissement afin de garantir une hygiène optimale ?

Donner un nouveau masque au visiteur est une bonne initiative au lieu de faire entrer un visiteur avec un masque dont le côté extérieur pourrait être potentiellement contaminé ou qui n'est plus efficace (car souillé, abîmé ou période d'utilisation maximum dépassée).

Cependant il faut souligner que les propriétés protectrices d'un masque en tissu sont nettement inférieures à celles d'un masque chirurgical. Les visiteurs doivent donc être informés et conscients des risques.

De préférence, il vaut mieux offrir un masque de même qualité que celui porté par le visiteur à l'entrée de la structure.

23) Qu'en est-il des possibilités multimédia : tablette et vidéoconférence avec la famille ?

Très bonne idée, certainement à encourager, bien que cela nécessite un peu d'organisation. Voici quelques recommandations :

- Identifier du personnel pour guider les résidents dans l'utilisation des tablettes
- Hygiène des mains des résidents avant l'usage des tablettes
- Prévoir des lingettes désinfectantes à base d'éthanol 70% pour désinfecter les tablettes entre utilisations
- Si possible prévoir des tablettes différentes pour les résidents covid et non covid (identifier une ou plusieurs tablettes pour les résidents confirmés)

Voici ci-dessous quelques exemples d'autres activités permettant un maintien du lien social pour les résidents :

IDÉES ACTIVITÉS DE MAINTIEN DE LIEN SOCIAL POUR LES RÉSIDENTS

- Messagerie écrite et/ou téléphone entre résidents
- Conversations de couloir entre résidents (au pas de la porte et pour résidents négatifs)
- Passage de messages au micro par couloir (résidents restent au pas de la porte)
- Photo plastifiée du soignant sur l'équipement de protection individuelle pour que le résident le reconnaisse (désinfection de la photo quand changement d'EPI)
- Continuer à encourager les appels audio et visuels entre les familles et les résidents (en particulier pour les résidents symptomatiques pour lesquels des visites seront plus complexes à mettre en place)
- Concerts/ animation de couloirs (résidents restent au pas de la porte et la personne se balade avec l'équipement de protection adéquat)
- Concerts/ activités culturelles par la fenêtre
- Musique dans les couloirs
- Distribution de mots croisés/ jeux aux résidents ayant les capacités de s'occuper de façon autonome
- Bingo
- Balades accompagnées individuelles ou en petit groupe en maintenant la distance sociale et avec le matériel de protection adéquat
- Vidéos des familles à diffuser (éventuellement en boucle, notamment pour les patients désorientés)

Exemples pratiques de cohortes selon les résultats de dépistage obtenus

Ces exemples sont des situations réelles rencontrées lors de visites en maisons de repos. Ils ne représentent pas des situations idéales : ils sont des illustrations de ce qui peut être réalisé en tenant compte des contraintes des établissements.

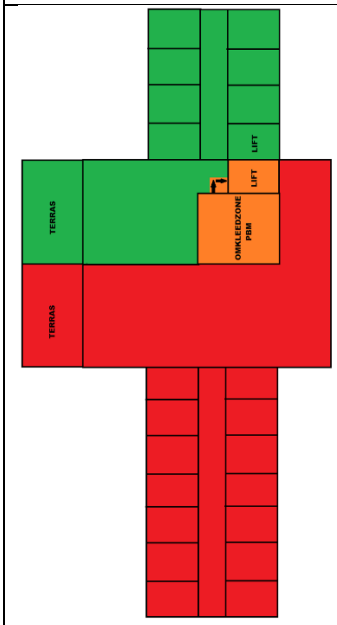
24) Exemple 1 : cohortes réelles pour les résidents « confirmés covid » et « non-covid »

MR(S) avec 80 lits (sanitaires dans chaque chambre)

Dépistage complet du personnel et des résidents :

- Résidents 33/71 positifs (46%)
- Personnel 22/76 positifs (29%)

⇨ **Décision d'organiser une cohorte réelle/physique pour les résidents « confirmés positifs pour la covid » et les résidents « non covid »**



- Cohorte sur plusieurs étages organisés selon la même configuration

Pour chaque étage :

- Zone rouge de 40 lits avec du personnel dépisté positif en 1ère intention
- Accès dans la zone rouge via un sas d'habillage/déshabillage
- Zone verte : 40 lits avec du personnel dépisté négatif et sans symptômes
- Pas de zone orange pour les cas suspects : isolation en chambres individuelles
- 1 ascenseur dédié pour le personnel et le matériel de la zone rouge (orange car ces personnes ne circulent pas dans l'ascenseur en EPI)
- Accès unique à la terrasse par la zone verte. Résidents covid 19 + confirmés utilisent la partie gauche et résidents non-covid la partie droite (séparation physique et utilisation à des moments différents)
- Interactions sociales reprises entre résidents covid + (dans la zone rouge et en l'absence de coïnfection)
- Interactions sociales reprises entre résidents non-covid (dans la zone verte par groupes de 2 et moyennant le respect de la distanciation sociale)
- Ce type d'organisation a demandé de déménager la moitié des résidents (stress, nécessité de bien communiquer avec les familles, aide logistique nécessaire)

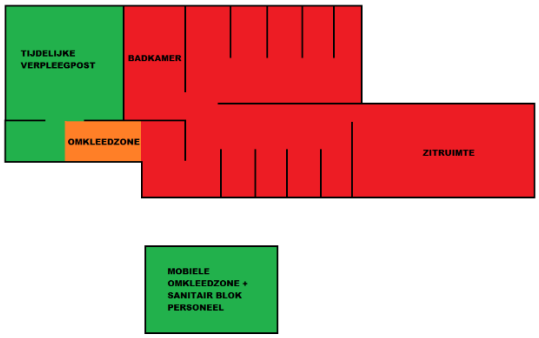
25) Exemple 2 : Organisation d'une cohorte pour les résidents avec une infection covid confirmée

MR(S) avec 150 lits (pas de sanitaires dans chaque chambre)

Dépistage complet du personnel et des résidents le 24 avril :

- Résidents 9/131 positifs
- Personnel 6 positifs

⇨ **Décision d'organiser une cohorte réelle/physique pour les résidents avec une infection covid confirmée**



- Cohorte pour résidents « covid positifs » organisée dans une grande salle commune (salle à manger) avec du personnel dépisté positif en 1ère intention
- Accès dans la zone rouge via un sas d'habillage/déshabillage
- Le reste du bâtiment fonctionne normalement
- Vestiaire temporaire dédié dans un container pour le personnel travaillant dans la zone Covid

26) Exemple 3 : Isolement préventif des résidents « non-covid »

MR(S) avec 134 lits

Dépistage des résidents : résultats des tests connus le 16 avril

- Résidents 67/102 positifs (65%)
- Le personnel n'a pas été dépisté au même moment

⇨ **Décision d'inverser l'isolement**

- La MR(S) complète est considérée comme une zone rouge (tout est contaminé)
- Seules les chambres des résidents négatifs + sans symptômes sont en zone verte
- Le personnel porte toujours un EPI (sauf dans les chambres des résidents négatifs)
- Désinfection complète du bâtiment par une entreprise de nettoyage externe.

⇨ Nécessité d'une bonne communication envers les résidents ayant eu un test COVID négatif :

- Expliquer la situation aux résidents négatifs qui doivent rester dans des chambres isolées
- Libre choix de rester ou non dans la chambre après une explication des risques

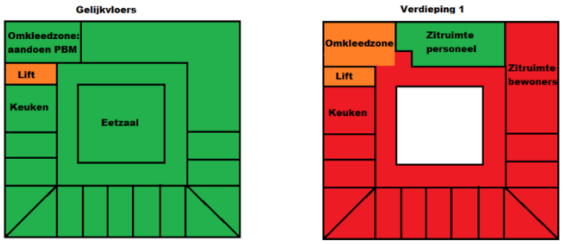
27) Exemple 4 : Organisation d'une cohorte réelle pour les résidents avec une infection covid confirmée

MR(S) avec 173 résidents, infections COVID depuis début avril

Dépistage complet du personnel et des résidents : résultats des tests connus le 16 avril

- 21/173 résidents positifs (12%)
- 22 membres du personnel positifs

⇨ **Organisation d'une cohorte réelle/physique**



- Un étage dédié pour les résidents covid + avec 30 lits, sas d'habillage/déshabillage, zone verte pour les pauses du personnel, personnel dépisté positif en 1ère intention
- Ascenseur partagé => mixte (importance du nettoyage et de la désinfection)
- Suspects isolés en chambre individuelle en zone verte
- Zone verte = reste du bâtiment, maintien des mesures de précautions générales entre les résidents